CONSIDÉRATIONS

N° 191.

SUR

LA LITHOTHRYPSIE

ET SUR

LA CYSTOTOMIE SUSPUBIENNE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 6 août 1830, *pour obtenir le grade de docteur en médecine;*

PAR ADOLPHE-JOSEPH DOLLEZ, de Landrecies,

Département du Nord.

L'habileté du chirurgien consiste autant dans le choix de la méthode que dans l'exécution.

MORAND, *Opusc. de chir.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur*.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur*. ROUX, *Président*.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled, *Examinateur*.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Suppléant*.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Examinateur*.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Ancien Médecin en chef à l'armée du Nord, Chevalier de la Légion-d'Honneur.

A MA MÈRE.

Amour filial.

A MES FRÈRES ET SŒURS.

Attachement inviolable.

A MONSIEUR AMUSSAT,

Docteur en chirurgie, Professeur à l'Athénée royal, Membre de l'Académie royale de Médecine, et de plusieurs autres Sociétés savantes.

Considération, reconnaissance, attachement.

A. DOLLEZ.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/considerationssu0006unse_x9j2

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA LITHOTHRYPSIE

ET SUR

LA CYSTOTOMIE SUSPUBIENNE.

Histoire de la lithothrypsie.

La lithothrypsie est regardée avec raison comme une conquête moderne de la chirurgie française; mais on ne peut contester que l'idée mère n'en appartienne aux anciens, il serait injuste de vouloir leur en revendiquer la gloire. Plusieurs auteurs, au nombre desquels nous rangeons *Albucasis* et *Sanctorius*, ont donné des préceptes à cet égard. L'histoire du moine de Citeaux et du colonel Martin, si intéressante sous plus d'un rapport, ne nous permet pas de douter que l'on n'ait même tenté de réaliser ce beau projet; plus récemment encore, *Grinthuizen*, médecin bavarois, fit une théorie qu'il ne mit pas en pratique, et ses ouvrages, entièrement ignorés en France,

firent peu de bruit en Allemagne, où ils ne furent exhumés que pour disputer l'honneur de cette découverte aux lithothrypteurs français.

Basés sur des connaissances en anatomie peu précises du canal de l'urètre, les instrumens de nos devanciers furent défectueux et leurs efforts stériles. Cette heureuse idée, qui promettait les plus satisfaisantes consolations aux personnes affectées de la pierre, sommeilla jusqu'à ce jour, où parurent les recherches anatomiques de M. *Amussat* sur les voies urinaires. A cette époque, une ère nouvelle commença pour la lithothrypsie; la découverte de la sonde droite, à peine mise au jour, devint un domaine que chacun chercha à exploiter, en la disputant à son auteur; bien mieux, on voulut qu'elle fût d'origine romaine; mais le silence que l'on aurait gardé pendant tant de siècles sur cet instrument si précieux prouve combien ces prétentions sont erronées.

La direction du canal de l'urètre bien connue, les instrumens lithothrypteurs atteignirent bientôt un degré voisin de la perfection, et les succès des modernes furent rapides. Dès-lors, on put suppléer, dans certains cas, à la cystotomie, opération sanglante, toujours grave et souvent funeste; mais malheureusement ce procédé ne put être appliqué à tous les cas, à tous les âges.

Les affections calculeuses de la vessie, aussi variées par leurs complications que les individus chez lesquels elles se présentent, m'obligent à admettre des classes dont les nuances ne pourront être rigoureusement fixées; c'est à la sagacité du médecin qu'il appartient de le faire, d'après les dispositions de son malade.

Cas dans lesquels la lithothrypsie est praticable.

Je vais essayer de grouper ces cas en trois séries.

Dans la première, les sujets réunissent toutes les qualités propres à être soumis à cette opération : âge adulte, constitution saine, robuste; susceptibilité peu développée; urètre suffisamment dilaté ou dila-

table; vessie dans l'état physiologique; existence d'un seul calcul, friable, peu volumineux, de huit lignes dans ses grands diamètres.

La réunion de ces conditions, rare à la vérité chez le même individu, est le triomphe de la lithothrypsie.

La deuxième série ne diffère de la précédente que par des complications, qui peuvent céder à des moyens chirurgicaux et médicaux sagement administrés; telles sont, une susceptibilité plus grande, une disposition aux phlegmasies, circonstance assez commune; un rétrécissement du canal de l'urètre ou son peu de capacité; un état spasmodique de cet organe et de la vessie; l'existence de chancres syphilitiques sur la verge; l'étroitesse du méat, qui en exige le débridement; l'inflammation et l'hypertrophie de la vessie.

Ces complications, lorsqu'elles cèdent aux moyens employés pour les combattre, laissent encore à l'opérateur des chances de succès nombreuses.

Dans la troisième série, je range les cas dans lesquels la lithothrypsie ne devra être pratiquée qu'avec beaucoup de réserve. Le jeune âge n'est pas toujours une contr'indication, puisque l'on a vu M. *Leroy* d'Étiolles opérer avec succès sur un enfant de quatre ans et demi; cependant il présente des difficultés : un âge trop avancé, une constitution peu forte, une inflammation chronique de la prostate, enfin le volume de la pierre, qui aurait environ dix-huit lignes en diamètre, la présence d'une hernie simple ou double, volumineuse.

On voit que, pratiquée dans ces conditions, la lithothrypsie sera difficile, et que les résultats en seront peu satisfaisans.

Cas dans lesquels la lithothrypsie ne devra pas être pratiquée.

C'est ici qu'il conviendrait d'établir une démarcation bien tranchée, de poser des bornes qu'un esprit de nouveauté, un zèle mal guidé ont souvent franchies, et, loin d'être utiles à la lithothrypsie, n'ont fait que la retarder dans ses progrès, en jetant sur elle de la

défaveur. Je ne me cache pas combien il doit être difficile de prononcer dans certains cas, la témérité ayant quelquefois triomphé d'obstacles que le médecin consciencieux avait cru devoir être respectés. Voici, du moins, les cas les plus communs qui devront faire rejeter cette opération.

On a prétendu que la courbure du canal de l'urètre, plus prononcée chez l'enfant que chez l'adulte, était une contr'indication; mais cette courbure, si elle existe, est si rare, que M. *Amussat* ne l'a jamais rencontrée. Au reste, cette difficulté n'en est plus une à présent; elle céderait devant l'ingénieux lithothrypteur courbe de M. *Pravaz;* une vieillesse faible et languissante, l'enchatonnement du calcul, son volume trop considérable, c'est-à-dire excédant dix-huit lignes en diamètre, on n'en a pas, que je sache, broyé de cette dimension; leur nombre, qui ne devient un obstacle que lorsqu'il forme un tout plus gros qu'un seul dont je viens de fixer le diamètre; la dureté d'un calcul volumineux, ce qui exigerait un nombre considérable de séances, que le malade pourrait ne pas supporter. Il est une circonstance que je ne pense pas devoir passer sous silence: quelquefois, la dureté d'un calcul ayant paru contr'indiquer le broiement, on a vu une inflammation de vessie survenir, agir, sans doute au moyen d'une sécrétion anormale, sur le corps étranger, et le rendre tellement friable que le moindre contact aurait suffi pour le rompre; je laisse aux médecins chimistes le soin d'expliquer ce phénomène, dont la solution peut être très-utile pour la thérapeutique. La connaissance de la formation des calculs qui peuvent avoir pour noyaux des fragmens de fer, d'ivoire, de sonde, qu'un désir indiscret des jouissances aurait imprudemment introduits dans l'urètre et laissé tomber dans la vessie, ou des corps étrangers lancés par l'explosion de la poudre à canon, et qui auraient été se loger dans cet organe; les défauts de conformation de la verge, l'hypo et l'épispadias; les divers états pathologiques de tout l'appareil urinaire, qui ne cèderaient pas à un traitement sagement employé; les affections des reins; une hernie de la vessie, sa paralysie ou l'état variqueux de son col.

N'a-t-on pas, cependant, quelquefois vu des catarrhes vésicaux contre lesquels tous les traitemens possibles avaient échoué, disparaître après le broiement du calcul qui en avait été la cause? C'est ici que le médecin devra être sur ses gardes; les engorgemens de la prostate, ses lésions organiques, suivant les observations de M. *Civiale*, ne sont que de légères complications qui sont facilement surmontées par une main habile, et font briller l'opérateur. De telles observations n'ont-elles rien d'insidieux? Ne peuvent-elles pas séduire un jeune médecin inexpérimenté, compromettre à la fois sa réputation et le procédé opératoire dont il s'est servi? C'est à des observateurs éclairés à juger cette question, dont la solution est si importante qu'elle limite le pouvoir de la lithothrypsie, et par conséquent touche de près aux intérêts de l'humanité. La grossesse est encore une contr'indication qui devra arrêter l'opérateur.

Diagnostic.

D'où vient qu'autrefois les affections calculeuses de la vessie étaient peu communes, et qu'à présent même dans certaines contrées l'on en entend à peine parler? Ces pays seraient-ils privilégiés? Ses habitans heureux devraient-ils ce bienfait à la douceur de leur climat, à la salubrité de leur régime? Peut-être serait-il téméraire de contester l'influence de ces deux agens sur le non-développement de ces maladies; mais avouons aussi que la cause première est le défaut de diagnostic : de même qu'avant l'illustre *Corvisart* les maladies du cœur figuraient à peine dans les nosologies, et étaient inconnues au plus grand nombre des praticiens; ainsi, peu exercés au cathétérisme, la plupart des médecins méconnaissaient souvent les affections calculeuses lorsqu'elles existaient, et l'imperfection des procédés leur faisait regarder comme incurables celles qu'ils auraient pu découvrir. Les malades eux-mêmes aimaient à se faire illusion, ne consultaient que rarement les médecins, de crainte de voir leurs doutes se changer en une triste certitude, ou attendaient, pour le faire, que le calcul eût produit dans la vessie des désordres tels, que toute opéra-

tion devenait impossible. Depuis que l'attention des médecins a été éveillée sur ce point, cette maladie, devenue plus fréquente, est loin d'être au-dessus des secours de l'art; diagnostiquée plus tôt, elle ne laisse que plus de chances de guérison au malade en le mettant à l'abri des accidens consécutifs, en prévenant le trop grand développement des calculs, et en rendant par conséquent la lithothrypsie praticable.

Instrumens lithothrypteurs.

Mon but n'est pas de passer en revue la multiplicité des méthodes lithothryptiques créées depuis la naissance de ce procédé opératoire. L'expérience en ayant fait prévaloir deux, la perforation simple et la perforation avec éclatement, je me bornerai à les exposer en décrivant brièvement les instrumens qui ont paru mériter la confiance des opérateurs.

Le lithothrypteur, perforateur simple, se compose d'un tube ou canule de dix à douze pouces de long sur deux à quatre lignes de diamètre; dans ce tube en est reçu un autre, dont une extrémité est terminée par trois mors qui, par leur seule élasticité, se dilatent lorsqu'on les pousse hors du premier tube, qui leur sert de gaîne, et forment une pince trifide, dans laquelle est saisi le calcul. A son autre extrémité se trouve une échelle de graduation, qui fait connaître la dilatation de la pince et le volume du calcul; dans cette dernière canule se trouve un stylet, dont le centre, étant creux, permet à l'opérateur de faire des injections dans la vessie, malgré la présence de l'instrument dans le canal de l'urètre : cette cavité est remplie par une tige métallique que l'on met et que l'on enlève à volonté. Une des extrémités de ce stylet se termine par un renflement (ou fraise) qui, armé d'aspérités disposées de différentes façons, suivant les opérateurs, vient faire saillie au milieu des mors et attaquer le calcul; à l'autre extrémité est placé un arrêt ou curseur qui ne permet au stylet de parcourir que l'espace voulu, fixé d'après la connaissance approximative que l'on a du diamètre du calcul, et ne donne pas la crainte

d'aller léser la vessie : on y a aussi adapté un ressort à boudin, au moyen duquel est exercée une pression continue du stylet sur le calcul. Ce mécanisme, agissant en aveugle, doit être rejeté ; je lui préfère la pression que l'opérateur peut exercer avec le pouce de la main gauche, car alors il peut calculer la force qu'il doit employer sur la résistance qu'oppose le calcul ; ce stylet est mu à l'aide d'une manivelle ou d'un archet. Ce dernier moyen, que nous devons à M. *Leroy*, paraît agir plus avantageusement. De petits ajoutages, nommés *boîtes à cuir*, placés sur chaque tube, à l'extrémité qui regarde l'opérateur, empêchent le liquide contenu dans la vessie de s'échapper dans l'intervalle des différentes pièces de l'instrument, et une vis de pression, placée sur la première boîte, rend la seconde canule ou pince immobile. Tout cet appareil instrumental est maintenu de différentes manières ; chaque opérateur à peu près a la sienne : on emploie l'étau, le touret. M. *Amussat* fait usage d'équerres en bois : ce dernier moyen est préférable, en ce que ces équerres, se plaçant et se déplaçant avec plus de célérité, maintiennent l'instrument ferme, et lui permettent de se prêter aux mouvemens désordonnés que peut faire le malade. La longueur de mon sujet ne me permettant pas de citer les modifications faites par MM. *Mérieux*, *Heurteloup* et *Rigal*, je ne peux omettre de rappeler ici leurs noms, qui sont inséparables de l'histoire de la lithothrypsie.

La perforation simple ayant paru insuffisante, on y joignit un mécanisme qui pût en même temps et perforer et user la pierre, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans ; mais à cause de leur complication, ces instrumens, plus ingénieux qu'utiles, agissant tous à l'aide de charnières plus ou moins nombreuses, ont paru si susceptibles de se déranger, qu'ils ont été, avec raison, abandonnés par le plus grand nombre des opérateurs, et qu'ils ne figurent plus dans les arsenaux de chirurgie que comme un témoignage du génie de leurs inventeurs. Ces modifications, quoique imparfaites jusqu'alors, ne furent cependant pas stériles : de nouveaux travaux amenèrent un résultat plus satisfaisant. La perforation avec éclat, que

nous devons à M. *Amussat*, est venue agrandir le champ de la lythothrypsie. Cet instrument ne diffère du précédent que par la disposition du stylet et l'addition d'une troisième canule qui est bifide à une des extrémités : ces deux branches viennent s'ajuster sur la fraise, qui représente un cône dont le sommet, uni à la tige, permet aux deux branches, qui forment une fraise double, de glisser sur lui comme sur un plan incliné. Lorsque la perforation est pratiquée, on fait agir ce mécanisme, qui, augmentant à volonté le diamètre de la fraise, encore placée dans le trou qu'elle a fait, et jouissant d'une force considérable, fait éclater en deux ou trois fragmens, par un mouvement d'expansion de dedans en dehors, les pierres les plus dures.

Je n'insiste pas davantage sur la description de ces instrumens ; il faut les avoir sous les yeux pour en bien connaître le jeu ; et ce n'est qu'après un exercice long et réfléchi qu'on doit tenter d'en faire l'application sur le vivant.

L'indécision où j'ai été pendant long-temps pour le choix d'un sujet de thèse ne m'ayant pas permis de recueillir d'observation complète sur la lithothrypsie, je ne rapporte que l'exposé d'une séance à laquelle M. *Amussat* me fit l'honneur de m'engager.

Le sujet est un homme très-fort, âgé de quarante ans environ, se trouvant dans de bonnes conditions. Le malade, placé comme pour l'opération de la taille, une sonde d'argent fut introduite dans la vessie pour connaître la position des calculs, et faire l'injection d'un liquide tiède. La sonde retirée, l'opérateur fit pénétrer avec beaucoup de facilité l'instrument lithothrypteur. Ouvrir la pince et saisir les calculs fut l'affaire d'un instant. D'après les données fournies par l'échelle de graduation, et d'après l'espace parcouru par le stylet, ce calcul pouvait avoir de dix à onze lignes en diamètre. La seconde fraise fut amenée au niveau de la première, et le poucier, garni de l'archet, étant adapté à l'instrument, l'opérateur commença le broiement. Le malade était calme et joyeux, comme s'il eût été étranger à l'opération. La dureté de la pierre était telle, que l'opérateur fut obligé de se reposer à diverses reprises. C'est surtout ici qu'on eut lieu de constater combien

le poucier est avantageux dans tous les cas. Ce premier temps terminé, l'opérateur desserra la pince. A l'aide de la vis de rappel, on fit agir le dilatateur (ou fraise bifide), et alors le bruit d'éclatement fut entendu par toutes les personnes présentes. On retourna la fraise; le même mécanisme fut mis en action, et un second éclat fut produit. Pour ne pas trop prolonger la séance, on en resta là, quoique le malade ne parût pas fatigué, et qu'on eût pu encore broyer des fragmens de pierre restés entre les mors de la pince. L'instrument fut refermé et retiré sans obstacle.

Cette séance m'a paru remarquable par la précision et la promptitude de l'exécution. M. *Amussat* a pu obtenir tous les avantages qu'il attendait de son instrument : savoir, une large perforation en peu de temps, borner à volonté l'effet du stylet, puis faire éclater les pierres en plusieurs sens.

Mais parmi tant d'individus qui ne pourraient jouir du bienfait de la lithothrypsie, tous devront-ils être regardés comme incurables? Non, sans doute; la chirurgie vient encore au secours de quelques-uns, et la cystotomie, qui est le dernier moyen curatif qui leur reste, laisse encore entrevoir l'espoir d'une guérison Dans le cas enfin où toute manœuvre serait impraticable, vu l'état général du malade, et où une simple exploration pourrait ne pas être innocente, le rôle du chirurgien devra être passif; il devra combattre les symptômes, prolonger l'existence de son malade et la lui rendre supportable.

La douleur, compagne inséparable de ces sortes d'affections, pourra céder à des émissions sanguines, soit générales, soit locales, lorsque l'état du malade le permettra; les injections adoucissantes, les bains généraux et locaux, les opiacés, les eaux alcalines, soit en boisson, soit injectées, peuvent avantageusement être mis en usage. C'est surtout ici que le repos et un régime convenable doivent être observés. La dysurie sera combattue, suivant sa cause, par les moyens propres à cette affection. Lorsque la vessie est baveuse, qu'elle se débarrasse avec peine de tout le liquide qu'elle renferme, et qui, par son séjour, devient fétide, les injections d'eau chlorurée dans ce foyer d'infection

seront favorables, et feront disparaître une incommodité aussi gênante pour le malade que pour les personnes qui l'entourent.

De la cystotomie suspubienne.

Si la multiplicité des procédés opératoires était la mesure des progrès de l'art sur le traitement d'une maladie, quel autre plus que celui de la cystotomie serait voisin de la perfection ! Cependant, au milieu de tant de routes ouvertes, le chirurgien ne sait quelle est la plus sûre. A mon avis, c'est à la cystotomie pratiquée au-dessus des pubis que l'on devra donner la préférence. Plus facile dans son exécution, plus certaine dans ses résultats, elle offre moins d'inconvéniens que les autres procédés pour ses suites.

Dans un cas malheureux, guidé par son génie, *Franco* créa la taille hypogastrique, qui fut loin d'être préconisée par ce chirurgien, malgré le succès qu'il en obtint ; non-seulement il ne la pratiqua pas une seconde fois, il ne conseilla même pas qu'on l'imitât. Depuis, *Rousset*, *Douglas*, *Morand*, *Cheselden*, frère *Côme*, ont remis ce procédé en vigueur, et lui ont donné des éloges; tout récemment il a subi des modifications en France, en Angleterre, en Italie, entre les mains de MM. *Amussat*, *Souberbielle*, *Ev. Home*, *Scarpa*. C'est le procédé de M. *Amussat* que je me propose de décrire; je vais le faire précéder de quelques considérations anatomiques, connaissances si importantes pour cette opération.

Situé à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, l'hypogastre est limité en haut par la région ombilicale, en bas par les pubis, sur les parties latérales par les régions iliaques; la peau de cette partie, couverte de poils chez l'adulte, est très-épaisse; le tissu cellulaire sous-cutané y est dense, et forme une aponévrose appelée *fascia superficialis*. Le tissu adipeux, chez les sujets gras, s'y trouve en grande quantité; dessous se rencontrent les aponévroses des muscles obliques, qui enveloppent les muscles pyramidaux et les droits de l'abdomen. Ces aponévroses, réunies sur la partie moyenne, constituent

un cordon tendineux, auquel on a donné le nom de *ligne blanche.*

Aucun nerf important ne se trouve dans cette région. Les artères qui peuvent s'y rencontrer sont des branches internes de la sous-tégumenteuse; l'artère épigastrique, placée à son origine à la partie externe du muscle droit, sous lequel elle vient ensuite ramper, ne se trouve jamais sur la partie moyenne; quelquefois cependant elle donne une collatérale qui vient s'anastomoser avec sa semblable; cas très-rare, qui dépend d'une variété anatomique, et que M. *Amussat* a rencontré chez un sujet qu'il a opéré de la cystotomie suspubienne.

La vessie, réservoir urinaire, muscule membraneux de forme conoïde, est placée dans le bassin; sa paroi antérieure est en rapport avec la face postérieure des pubis, dont elle est séparée par du tissu cellulaire très-lâche; sa paroi postérieure est unie au rectum chez l'homme, au vagin chez la femme, à l'aide d'un tissu cellulaire dense et peu épais; sur sa partie supérieure, ou base du cône qu'elle représente, vient se réfléchir le péritoine, qui ne se prolonge pas tout à fait jusqu'aux pubis; sa partie inférieure ou col est bornée par la prostate.

Le malade, préparé à subir cette opération, doit être convenablement placé; il est couché en supination sur une table ou le bord d'un lit garni de matelas résistans, la tête fléchie sur la poitrine, les cuisses un peu ramenées sur le bassin, afin de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement. L'opérateur procède de nouveau au cathétérisme pour n'avoir aucun doute sur l'existence du calcul et pour pousser dans la vessie une injection de quelques cuillerées, dont le but n'est que de la globuler pour éviter, dans le moment de ponction, la lésion de sa paroi postérieure. Cette légère injection sollicitant les contractions de cet organe, après avoir retiré la sonde, un aide doit exercer une douce pression sur le pénis, afin d'empêcher l'expulsion du liquide.

L'opérateur se place à la droite du malade; armé d'un bistouri convexe sur son tranchant, il incise dans l'étendue de quatre travers

de doigts jusqu'à quelques lignes des pubis. Cette première incision comprend la peau, l'aponévrose superficielle et le tissu adipeux. Arrivé sur la ligne blanche, qu'il reconnaît par le toucher, il la divise seulement dans l'étendue de douze lignes : ce second temps se fait avec beaucoup de circonspection pour ne pas léser le péritoine. L'indicateur de la main gauche, introduit dans cette plaie, reconnaît la vessie à sa fluctuation et à la présence de la pierre. Cette recherche sera faite avec beaucoup de ménagement pour ne pas dilacérer le tissu cellulaire antévésical.

C'est ici le moment délicat de l'opération; le médecin va agir sur des parties profondément situées, où la vue ne peut pénétrer et diriger les mouvemens de l'instrument; il doit trouver dans son doigt un guide sûr; c'est entre lui et les pubis qu'il fait glisser à plat un bistouri droit à lame étroite. Lorsqu'il est arrivé sur la vessie, le dos en est tourné vers l'ombilic et le tranchant vers les pubis; alors s'exécute le mouvement de ponction en faisant en même temps basculer en arrière le manche de l'instrument, afin d'agrandir la plaie faite à la vessie. A ce moment s'écoule une certaine quantité de liquide; l'opérateur doit introduire par cette ouverture, dont les bords sont écartés, le doigt qui n'a pas abandonné l'instrument et qui a suivi tous ses mouvemens. Au tact velouté de la muqueuse vésicale, à la sensation immédiate du calcul, il a la certitude qu'il ne s'est pas fourvoyé et qu'il a pénétré dans la vessie. Par la flexion du doigt, il tiraille l'angle supérieur de la plaie, au point de permettre l'extraction de calculs volumineux et faciliter l'incision de la ligne blanche et de la vessie vers son col, si ces ouvertures ne sont pas assez larges. Vient ensuite l'extraction des calculs; ce temps, qui présente quelquefois des difficultés insurmontables dans les autres procédés, est ici simple et facile; c'est toujours le long du doigt qui maintient la vessie que l'opérateur introduit les instrumens qu'il porte dans cet organe; il s'en sert pour guider ses tenettes; avec elles il parcourt la surface du calcul pour en reconnaître le grand diamètre, qu'il va saisir par une de ses extrémités, soit dans la position où il se trouve, soit en le faisant bascu-

ler. Le calcul, convenablement chargé, est amené au dehors, et s'il y en a un second, on se conduira de la même manière. Les difficultés que l'on aurait pour extraire de petits fragmens indiquent quelle précaution on doit prendre pour extraire un calcul volumineux sans le rompre.

L'opération terminée, le chirurgien n'a pas rempli son rôle ; il faut qu'il facilite l'écoulement de l'urine et qu'il seconde la nature dans la cicatrisation de la plaie. Pour atteindre ce but, frère *Côme* pratiquait une seconde ouverture à la partie postérieure du col de la vessie ; M. *Souberbielle* fut pendant long-temps son imitateur. M. *Amussat*, en retranchant cette complication, a rendu un service éminent : pour y suppléer, il proposa et adopta la canule hypogastrique. *M. Souberbielle* voulut innover, et fit usage d'une sonde qui, pénétrant par le canal de l'urètre, agit à la manière d'un siphon. De l'aveu même de son auteur, ce moyen n'empêche pas toujours l'urine de passer par la plaie; aussi je préfère la canule de M. *Amussat*, qui est introduite dans la vessie par la plaie faite à l'hypogastre, et porte l'urine au-delà des parties génitales, sur lesquelles son contact serait des plus fâcheux; on la fixe dans cette position pour ne l'enlever que du sixième au huitième jour, époque où le trajet fistuleux est tout formé, et permet à l'urine un passage facile, jusqu'à ce qu'elle ait repris son cours ordinaire.

Deux points importans me paraissent mériter ici quelques réflexions. Le procédé que je viens d'indiquer pour pénétrer dans la vessie, entre les mains d'un chirurgien habile, a des avantages réels : j'en ai été le témoin dans un cas ; mais un jeune praticien qui, depuis plusieurs années, a quitté les amphithéâtres, qui n'a pour lui que le souvenir de quelques opérations faites sur les cadavres, et le désir d'être utile, devra-t-il imiter ceux qui, par leur dextérité, savent s'affranchir de la règle commune, et trouvent le bien là où eux seuls peuvent atteindre. Comme ce n'est pas pour ces derniers que j'essaie de donner quelques conseils, je pense que l'on devra avoir recours, pour faire

l'incision de la vessie, au cathéter, qui n'expose pas, comme la sonde à dard, au danger de léser quelquefois le péritoine, et cependant partage avec elle l'inconvénient de contondre la prostate dans le mouvement que l'on exécute pour raser la paroi postérieure des pubis.

Quant au moyen de faciliter l'excrétion de l'urine, la canule hypogastrique me paraît d'une utilité incontestable. Qu'est-il besoin de la discuter ? L'expérience a prononcé, et devant elle la théorie doit faire taire toutes les objections.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

II.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 23.

III.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

IV.

Neque enim de specificis lithontripticis vera fides. *Boerhaavii aph.* 1428.

V.

Si major calculus quàm excerni qui queat, lithotomiâ educendus. *Boerhaavii aph.* 1435.